



Resumen de beneficios de 2025

Blue Shield Select (PPO)

Plan de Medicamentos Recetados de Medicare Advantage
para el condado de Alameda

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

blueshieldca.com/medicare

H4937_24_436A_001_SP_M Accepted 09142024

Resumen de Beneficios 2025

Blue Shield Select (PPO)

Condado de Alameda

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

La información de beneficios que brindamos no enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la **Evidencia de Cobertura (EOC)** en blueshieldca.com/MAPDdocuments2025 o llame a Servicio al Cliente al **(800) 776-4466 (TTY:711)**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. **Nota: La EOC estará disponible en nuestra página web antes del 15 de octubre de 2024.**

Blue Shield Select incluye cobertura de la Parte D, que brinda cobertura de medicamentos recetados, para que tenga la comodidad de tener sus necesidades médicas y de medicamentos recetados cubiertas con un mismo plan.

Para inscribirse en **Blue Shield Select**, debe ser elegible para la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. **Nuestra área de servicio incluye el condado de Alameda.**

Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su guía actual **"Medicare y usted"**. Puede verla en línea en www.medicare.gov/medicare-and-you o solicitar una copia llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Puede consultar el **directorio de proveedores** de nuestro plan en nuestra página web: blueshieldca.com/medicare/providerdirectory.

Puede consultar el **directorio de farmacias** de nuestro plan en nuestra página web: blueshieldca.com/medpharmacy2025.

Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar nuestra página web en blueshieldca.com/medformulary2025.

Resumen de beneficios

Blue Shield Select (PPO)
Condado de Alameda

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Primas y beneficios	En la red usted paga	Fuera de la red usted paga	Para tener en cuenta
Prima mensual del plan	\$49		Si corresponde, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare además de la prima del plan.
Deducible del plan de salud	\$0	\$750	Este es el importe que usted debe pagar de su propio bolsillo antes de que paguemos nuestra parte por sus servicios médicos cubiertos. Deberá pagar el costo total de la mayoría de sus servicios cubiertos hasta que alcance el monto del deducible. Consulte los detalles en la EOC del plan.
Importe máximo de gastos de bolsillo por año	\$6,400	\$10,000 (combinado dentro y fuera de la red)	No incluye medicamentos recetados de la Parte D. Este es el máximo que pagaría por el año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare.
Atención hospitalaria de pacientes hospitalizados	\$300 por día para los días 1 a 7 \$0 por día para los días 8 en adelante	Coseguro de 30% una vez que pagó el deducible de su plan	Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para por cada hospitalización de pacientes cubiertos por Medicare. Es posible que necesite autorización previa de su proveedor.

Resumen de beneficios (continuación)

Blue Shield Select (PPO)
Condado de Alameda

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Primas y beneficios	En la red usted paga	Fuera de la red usted paga	Para tener en cuenta
Servicios ambulatorios de hospital <ul style="list-style-type: none"> Servicios de un departamento de emergencias o una clínica de pacientes ambulatorios, como cirugías ambulatorias o si debe permanecer en observación 	<p>Copago de \$250 por cada visita a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios</p> <p>Copago de \$10 si permanece en observación</p> <p>Copago de \$125 por cada visita a una sala de emergencias (bonificado si lo ingresan en el hospital dentro del plazo de un día por la misma condición)</p>	<p>Coseguro de 40% una vez que pagó el deducible de su plan por cada visita a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o si permanece en observación</p> <p>Copago de \$125 por cada visita a una sala de emergencias (bonificado si lo ingresan en el hospital dentro del plazo de un día por la misma condición)</p>	<p>Nuestro plan cubre los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital con fines de diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Es posible que necesite autorización previa de su proveedor.</p>
Cirugía ambulatoria	<p>Copago de \$100 por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio</p> <p>Copago de \$250 por cada visita a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios</p>	<p>Coseguro de 40% una vez que pagó el deducible de su plan</p>	<p>Es posible que necesite autorización previa de su proveedor.</p>
Consultas médicas <ul style="list-style-type: none"> Médico de su elección (POC) Especialistas 	<p>Copago de \$0 por visita</p> <p>Copago de \$20 por visita</p>	<p>Coseguro de 40% una vez que pagó el deducible de su plan</p> <p>Coseguro de 40% una vez que pagó el deducible de su plan</p>	

Resumen de beneficios (continuación)

Blue Shield Select (PPO)
Condado de Alameda

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Primas y beneficios	En la red usted paga	Fuera de la red usted paga	Para tener en cuenta
Atención preventiva	Copago de \$0	Coseguro de 40%	Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato tiene cobertura.
Atención de emergencia • Cobertura en todo el mundo	Copago de \$125 por visita No hay un límite anual combinado para atención de emergencia y servicios de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios	Copago de \$125 por visita No hay un límite anual combinado para servicios cubiertos de atención de emergencia y atención de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios	Este copago está bonificado si lo ingresan en el hospital dentro del plazo de un día por la misma condición.

Resumen de beneficios (continuación)

Blue Shield Select (PPO)
Condado de Alameda

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Primas y beneficios	En la red usted paga	Fuera de la red usted paga	Para tener en cuenta
<p>Servicios de atención de urgencia</p>	<p>Copago de \$5 por cada visita a un centro de atención médica de urgencia de la red, dentro del área de servicio del plan</p> <p>Copago de \$5 por cada visita a un centro de atención médica de urgencia fuera del área de servicio del plan, pero dentro de los Estados Unidos y sus territorios</p> <p>Copago de \$125 por cada visita a una sala de emergencias fuera del área de servicio del plan, pero dentro de los Estados Unidos y sus territorios</p> <p>Copago de \$125 por cada visita a una sala de emergencias o centro de atención médica de urgencia que esté fuera de los Estados Unidos y sus territorios</p> <p>No hay un límite anual combinado para atención de emergencia y servicios de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios</p>	<p>Copago de \$5 por cada visita a un centro de atención médica de urgencia de la red, dentro del área de servicio del plan</p> <p>Copago de \$5 por cada visita a un centro de atención médica de urgencia fuera del área de servicio del plan, pero dentro de los Estados Unidos y sus territorios</p> <p>Copago de \$125 por cada visita a una sala de emergencias fuera del área de servicio del plan, pero dentro de los Estados Unidos y sus territorios</p> <p>Copago de \$125 por cada visita a una sala de emergencias o centro de atención médica de urgencia que esté fuera de los Estados Unidos y sus territorios</p> <p>No hay un límite anual combinado para servicios cubiertos de atención de emergencia y atención de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios</p>	<p>Estos copagos están bonificados si lo ingresan en el hospital dentro del plazo de un día por la misma condición.</p>

Resumen de beneficios (continuación)

Blue Shield Select (PPO)
Condado de Alameda

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Primas y beneficios	En la red usted paga	Fuera de la red usted paga	Para tener en cuenta
<p>Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio e imagenología</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, tomografías por emisión de positrones, etc.) • Servicios de laboratorio • Pruebas y procedimientos de diagnóstico • Radiografías para pacientes ambulatorios • Servicios de radiología terapéutica (como el tratamiento de radiación para el cáncer) 	<p>Copago de \$75 por cada servicio de radiología de diagnóstico</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Coseguro de 20% por cada servicio de radiología terapéutica</p>	<p>Coseguro de 40% una vez que pagó el deducible de su plan</p> <p>Coseguro de 40% una vez que pagó el deducible de su plan</p> <p>Coseguro de 40% una vez que pagó el deducible de su plan</p> <p>Coseguro de 40% una vez que pagó el deducible de su plan</p> <p>Coseguro de 40% una vez que pagó el deducible de su plan</p>	<p>Es posible que necesite autorización previa de su proveedor.</p>
<p>Servicios relacionados con la audición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de audición (cubierto por Medicare) • Exámenes de audición de rutina (no cubiertos por Medicare) 	<p>Copago de \$0 por visita</p> <p>Copago de \$0 por visita</p>	<p>Coseguro de 40% una vez que pagó el deducible de su plan</p> <p>Coseguro de 40% una vez que pagó el deducible de su plan</p>	

Resumen de beneficios (continuación)

Blue Shield Select (PPO)
Condado de Alameda

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Primas y beneficios	En la red usted paga	Fuera de la red usted paga	Para tener en cuenta
<ul style="list-style-type: none"> Audífonos y ajuste/ evaluación de audífonos 	Se le reembolsarán hasta \$1,000 cada dos años por 2 audífonos y 2 evaluaciones y pruebas de ajuste de audífonos.	Se le reembolsarán hasta \$1,000 cada dos años por 2 audífonos y 2 evaluaciones y pruebas de ajuste de audífonos.	Se aplica a ambos oídos combinados. Puede obtener estos servicios con el proveedor de audífonos que usted prefiera.
Servicios dentales (cubiertos por Medicare)	Copago de \$0 por visita con su POC Copago de \$20 por visita con un especialista	Coseguro de 40% una vez que pagó el deducible de su plan	
Servicios dentales (no cubiertos por Medicare) <ul style="list-style-type: none"> • Limpieza de dientes • Radiografías dentales • Tratamientos con flúor • Exámenes bucales 	Copago de \$0 Copago de \$0 Copago de \$0 Copago de \$0	Coseguro de 20% Coseguro de 20% Coseguro de 20% Coseguro de 20%	Una limpieza cada 6 meses. Una serie de radiografías de aleta de mordida cada 6 meses. Una serie de radiografías completa cada 24 meses. Dos cada 6 meses. Un examen cada 6 meses. Consulte la sección "Plan dental PPO complementario opcional" para obtener más información sobre los servicios dentales por una prima adicional del plan.

Resumen de beneficios (continuación)

Blue Shield Select (PPO)
Condado de Alameda

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Primas y beneficios	En la red usted paga	Fuera de la red usted paga	Para tener en cuenta
Servicios de la vista			
<ul style="list-style-type: none"> Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos 	Copago de \$20 por cada visita cubierta por Medicare	Coseguro de 40% una vez que pagó el deducible de su plan	
<ul style="list-style-type: none"> Examen de la vista y refracción de rutina (no cubiertos por Medicare) 	Copago de \$0	Usted paga un coseguro de 50% por un examen cada 12 meses.	Una visita cada 12 meses con un proveedor dentro o fuera de la red (pero no ambos).
<ul style="list-style-type: none"> Marcos para anteojos 	Copago de \$0	Copago de \$0	Nuestro plan paga hasta \$260 por un par de marcos de anteojos cada 24 meses, con un proveedor dentro o fuera de la red (pero no ambos).
<ul style="list-style-type: none"> Lentes de anteojos o lentes de contacto 	Usted paga \$0 por un par de lentes para anteojos recetados (independientemente del tamaño o la graduación, incluidos los lentes progresivos) o por lentes de contacto (con un monto máximo de cobertura de beneficios del plan de \$260 por servicios y materiales de lentes de contacto) cada 12 meses con un proveedor dentro de la red.	Usted paga un coseguro de 50% por un par de lentes para anteojos recetados (independientemente del tamaño o la graduación, incluidos los lentes progresivos) o por lentes de contacto (con un monto máximo de cobertura de beneficios del plan de \$260 por servicios y materiales de lentes de contacto) cada 12 meses con un proveedor fuera de la red.	Puede obtener lentes para anteojos o lentes de contacto (pero no ambos) de un proveedor dentro o fuera de la red (pero no ambos) cada 12 meses.

Resumen de beneficios (continuación)

Blue Shield Select (PPO)
Condado de Alameda

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Primas y beneficios	En la red usted paga	Fuera de la red usted paga	Para tener en cuenta
Servicios de salud mental <ul style="list-style-type: none"> • Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico • Visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios • Visita de terapia individual ambulatoria 	<p>Copago de \$1,660 por estadía cubierta por Medicare</p> <p>Copago de \$35 por visita</p> <p>Copago de \$35 por visita</p>	<p>Coseguro de 40% una vez que pagó el deducible de su plan</p> <p>Coseguro de 40% una vez que pagó el deducible de su plan</p> <p>Coseguro de 40% una vez que pagó el deducible de su plan</p>	<p>Es posible que necesite autorización previa de su proveedor.</p> <p>Vea más información en la EOC del plan.</p>
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)	<p>Copago de \$0 por día para los días 1 a 20</p> <p>Copago de \$178 por día para los días 21 a 100</p>	<p>Coseguro de 40% una vez que pagó el deducible de su plan</p>	<p>Es posible que necesite autorización previa de su proveedor.</p> <p>Si supera el límite de 100 días, deberá hacerse cargo de todos los costos; no es necesario que haya tenido una hospitalización anterior con un proveedor de la red.</p>
Servicios de rehabilitación <ul style="list-style-type: none"> • Terapia ocupacional • Fisioterapia • Terapia del habla y del lenguaje 	<p>Copago de \$25 por visita</p> <p>Copago de \$25 por visita</p> <p>Copago de \$25 por visita</p>	<p>Coseguro de 40% una vez que pagó el deducible de su plan</p>	<p>Es posible que necesite autorización previa de su proveedor.</p>

Resumen de beneficios (continuación)

Blue Shield Select (PPO)
Condado de Alameda

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Primas y beneficios	En la red usted paga	Fuera de la red usted paga	Para tener en cuenta
Servicios de ambulancia	Servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare: Copago de \$290 por viaje (cada tramo de ida o vuelta) Servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare: Coseguro de 20% por viaje (cada tramo de ida o vuelta)	Servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare: Copago de \$290 por viaje (cada tramo de ida o vuelta) Servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare: Coseguro de 20% por viaje (cada tramo de ida o vuelta)	Es posible que necesite autorización previa de su proveedor.
Servicios de transporte (no cubiertos por Medicare)	No cubierto	No cubierto	
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare	Coseguro de 0% a 20%	Coseguro de 0% a 20% una vez que pagó el deducible de su plan	Es posible que necesite autorización previa de su proveedor. Los miembros pueden pagar un coseguro de 0% a 20% por ciertos medicamentos de la Parte B de Medicare, y esto puede cambiar cada trimestre, según lo dispongan los CMS. El copago de la insulina que obtiene a través de la Parte B (cuando se administra con una bomba de insulina) no debería superar los \$35 para un suministro de un mes.

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Beneficios adicionales incluidos en su plan

Primas y beneficios	En la red usted paga	Fuera de la red usted paga	Para tener en cuenta
Examen físico anual	Copago de \$0	Coseguro de 40% una vez que pagó el deducible de su plan	Uno cada 12 meses.
Servicios del programa de tratamiento por uso de opioides	Copago de \$0	Coseguro de 40% una vez que pagó el deducible de su plan	Es posible que necesite autorización previa de su proveedor.
Cuidado de los pies (servicios de podiatría) (cubiertos por Medicare) • Exámenes y tratamiento para los pies	Copago de \$20 por visita	Coseguro de 40% una vez que pagó el deducible de su plan	
Suministros y servicios para la diabetes • Monitores de glucosa en sangre • Capacitación para aprender a manejar su diabetes, servicios y suministros para la diabetes	Copago de \$0 para los monitores de glucosa en sangre ACCU-CHEK y coseguro de 20% para los monitores de glucosa en sangre de todos los demás fabricantes Copago de \$0 por toda la capacitación, los servicios y los suministros, excepto los monitores de glucosa en sangre (consulte "Monitores de glucosa en sangre" arriba)	Coseguro de 30% una vez que pagó el deducible de su plan Coseguro de 40% por la capacitación para aprender a manejar su diabetes y de 20% por suministros y servicios para la diabetes, excepto los monitores de glucosa en sangre (consulte "Monitores de glucosa en sangre" arriba)	Es posible que necesite autorización previa de su proveedor. Puede ver más información en la EOC del plan.

Resumen de beneficios (continuación)

Blue Shield Select (PPO)
Condado de Alameda

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Primas y beneficios	En la red usted paga	Fuera de la red usted paga	Para tener en cuenta
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados <ul style="list-style-type: none"> Equipo médico duradero (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno) 	Coseguro de 20%	Coseguro de 30% una vez que pagó el deducible de su plan	Es posible que necesite autorización previa de su proveedor. Puede ver más información en la EOC del plan.
Dispositivos ortopédicos, prótesis y suministros relacionados <ul style="list-style-type: none"> Dispositivos protésicos y ortopédicos (p. ej., aparatos ortopédicos, extremidades artificiales) Suministros médicos (p. ej., férulas, yesos) 	Coseguro de 20% Copago de \$0	Coseguro de 30% una vez que pagó el deducible de su plan Coseguro de 30% una vez que pagó el deducible de su plan	Es posible que necesite autorización previa de su proveedor.
Programas de salud y bienestar <ul style="list-style-type: none"> Acceso básico al gimnasio a través de SilverSneakers® NurseHelp 24/7SM (asistencia telefónica y en línea) 	Copago de \$0 Copago de \$0	Copago de \$0 Copago de \$0	
Artículos de venta sin receta (OTC)	Tiene una asignación de \$40 por trimestre para gastar en artículos cubiertos.	Tiene una asignación de \$40 por trimestre para gastar en artículos cubiertos.	Puede hacer dos pedidos por trimestre y no puede traspasar su asignación no utilizada al siguiente trimestre. Pueden aplicarse algunas limitaciones. Consulte el catálogo de artículos OTC para obtener más información.

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Usted paga lo siguiente:

Beneficio de medicamentos recetados de la Parte D				
Etapa 1: etapa del deducible anual	Esta etapa no se aplica porque no hay deducible.			
Etapa 2: etapa de cobertura inicial	Farmacias de costos compartidos preferidas (dentro de la red)		Farmacias de costos compartidos estándar (dentro de la red)^	
	Suministro para 30 días	Suministro para 100 días^{*NDS}	Suministro para 30 días	Suministro para 100 días^{*NDS}
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$5	Copago de \$5
Nivel 2: medicamentos genéricos	Copago de \$5	Copago de \$7.50	Copago de \$20	Copago de \$60
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	Copago de \$40	Copago de \$100	Copago de \$47	Copago de \$141

^Si reside en un establecimiento de cuidado a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia de costos compartidos minorista estándar dentro de la red. Podría haber algunas situaciones en las que pueda obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red al mismo costo que en una farmacia minorista estándar de costos compartidos dentro de la red.

Para obtener más información sobre los costos compartidos adicionales según la farmacia y las fases del beneficio, consulte la EOC del plan.

*El costo compartido del suministro para 100 días también se aplica al servicio de entrega a domicilio de Amazon Pharmacy.

NDS: hay ciertos medicamentos para los que no está disponible el suministro prolongado (hasta 100 días). Los medicamentos que no están disponibles para un suministro prolongado están marcados con el símbolo **NDS** en nuestra lista de medicamentos.

Cobertura de medicamentos recetados

Blue Shield Select (PPO)
Condado de Alameda

(continuación)

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Nivel 3: insulinas cubiertas**	Copago de \$35	Copago de \$100	Copago de \$35	Copago de \$105
Nivel 4: medicamentos no preferidos	Copago de \$95	Copago de \$237.50	Copago de \$100	Copago de \$300
Nivel 4: insulinas cubiertas**	Copago de \$35	Copago de \$105	Copago de \$35	Copago de \$105
Nivel 5: medicamentos de nivel especializado	Coseguro de 33%	No cubierto	Coseguro de 33%	No cubierto

** Las insulinas cubiertas están marcadas con el símbolo **INS** en la lista de medicamentos. Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no cumplen con los requisitos para un programa de asistencia para el pago de los medicamentos ("Ayuda Adicional").

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Beneficio de medicamentos recetados de la Parte D

Etapa 3: cobertura de gastos excedentes

Una vez que los costos anuales de bolsillo por sus medicamentos (incluidos los medicamentos que compró a través de su farmacia minorista y a través del servicio de farmacia con entrega a domicilio) alcanzan los \$2,000, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Para los medicamentos excluidos cubiertos por nuestro beneficio mejorado, usted paga el Nivel 2: Copagos de medicamentos genéricos que figuran en los cuadros de la página anterior.

(Esta etapa le protege de cualquier costo adicional una vez que ha pagado sus costos anuales de bolsillo por los medicamentos).

Mensaje importante sobre lo que paga por sus vacunas: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D de Medicare sin costo alguno para usted. Llame a Servicio al Cliente para solicitar más información.

Servicio de entrega a domicilio

Amazon Pharmacy es nuestro servicio de entrega a domicilio en la red, con el que puede recibir un suministro de medicamentos de mantenimiento para 100 días. La entrega de su pedido no tiene cargo de envío. Vea más información en la EOC del plan.

Los medicamentos del nivel 5 tienen un límite de un suministro para 30 días por servicio de entrega a domicilio.

Farmacias de la red que ofrecen costos compartidos preferidos

Es posible que pague menos cuando visite una de las farmacias de nuestra red que ofrecen costos compartidos preferidos. A continuación le informamos algunas

- CVS/farmacia[‡] (incluida la farmacia CVS en Target) **(888) 607-4287 (TTY: 711)**
- Farmacias Safeway y Vons[‡] **(877) 723-3929 (TTY: 711)**
- Farmacias Albertsons/Sav-on/Osco[‡] **(877) 276-9637 (TTY: 711)**
- Costco[‡] **(800) 955-2292 (TTY: 711)**
- Ralphs[‡], Walmart[‡] y muchos más.

No es necesario ser miembro de Costco para utilizar las farmacias de Costco. Hay otras farmacias disponibles en nuestra red.

[‡]Acepta receta electrónica

Plan dental PPO complementario opcional

Blue Shield Select (PPO)
Condado de Alameda

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Usted paga lo siguiente:

	Plan dental PPO complementario opcional	
	Dentistas participantes	Dentistas no participantes
Prima mensual del plan dental complementario opcional	\$47.00	
Deducible por año calendario (no aplicable a servicios de diagnóstico y preventivos)	Usted paga \$50	
Beneficio máximo por año calendario*	<p>\$1,500 por servicios dentales preventivos e integrales cubiertos, sin importar si los servicios son prestados por un dentista general participante o un especialista dental. Usted paga cualquier importe que exceda el beneficio máximo de \$1,500 por año calendario.</p> <p>De este monto máximo, se pueden usar hasta \$1,000 para servicios dentales preventivos e integrales cubiertos prestados por dentistas no participantes en un año calendario. Usted paga cualquier importe que exceda el beneficio máximo de \$1,000 por año calendario.</p>	
Periodo de espera	Sin periodo de espera	

*Todos los servicios deben ser prestados, recetados o autorizados por su dentista de la red. Si necesita ver a un especialista, debe solicitar una referencia a su dentista primario para recibir los servicios especializados cubiertos. Si está inscrito en el plan dental PPO complementario opcional y necesita ver a un especialista, puede ir directamente al especialista. Puede ver más información en la EOC del plan.

Plan dental PPO complementario opcional (continuación)

Blue Shield Select (PPO)
Condado de Alameda

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Plan dental PPO complementario opcional		
	Dentistas participantes	Dentistas no participantes
Lista resumida de servicios cubiertos (código de la ADA) [†]		
	Usted paga	Usted paga
Servicios de diagnóstico y preventivos		
Examen bucal (D0150)	Coseguro de 0% (uno cada 6 meses)	Coseguro de 20% (uno cada 6 meses)
Radiografías (D0210)	Coseguro de 0% (una serie cada 24 meses)	Coseguro de 20% (una serie cada 24 meses)
Limpieza de dientes (D1110)	Coseguro de 0% (una limpieza cada 6 meses)	Coseguro de 20% (una limpieza cada 6 meses)
Servicios de restauración		
Corona (D2750)	Coseguro de 50% (una cada 5 años, diente exacto)	Coseguro de 50% (una cada 5 años, diente exacto)
Periodoncia		
Limpieza profunda de cuatro o más dientes por cuadrante (D4341)	Coseguro de 50% (una cada 24 meses, diente exacto)	Coseguro de 50% (una cada 24 meses, diente exacto)
Endodencia		
Tratamiento del conducto radicular (D3310)	Coseguro de 50%	Coseguro de 50%
Servicios de implantes		
Servicios de implantes (D6010)	Coseguro de 50% (uno de por vida)	Coseguro de 50% (uno de por vida)

[†]Los códigos de la ADA son códigos de procedimiento establecidos por la American Dental Association para fomentar la eficiencia en el procesamiento y la presentación de reclamos por servicios dentales.

Estamos aquí para ayudarle

Comuníquese con Blue Shield al **(888) 534-4263 (TTY: 711)**

de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana.

Blue Shield of California es un plan PPO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Blue Shield of California depende de la renovación del contrato.

La red de farmacias de Blue Shield of California incluye algunas farmacias con precios más bajos y costos compartidos preferidos en ciertos condados de California. Los costos más bajos anunciados en los materiales de nuestro plan para estas farmacias podrían no estar disponibles en la farmacia que usted utiliza. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de nuestra red, incluso si hay farmacias de menor costo con costos compartidos preferidos en su área, llame a Servicio al Cliente al **(800) 776-4466 (TTY: 711)**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana, o consulte el directorio de farmacias en línea en **blueshieldca.com/medpharmacy2025**.

Amazon Pharmacy es independiente de Blue Shield of California y tiene contrato con Blue Shield para prestar el servicio de entrega a domicilio de medicamentos recetados a los miembros de Blue Shield.

SilverSneakers es una marca comercial registrada de Tivity Health, Inc. © 2024 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

Blue Shield Select y NurseHelp 24/7 son marcas de servicio de Blue Shield of California. Blue Shield y el símbolo Shield (escudo) son marcas registradas de BlueCross BlueShield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.

The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability.

La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental. 本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。